



Miguel Salgado Ojeda
Luis F. López Rosado
Nombre de las Partes

Caso Número DDI 2006-1999

PLANILLA DE INFORMACIÓN PERSONAL Y ECONOMICA (PIPE)

I. INFORMACIÓN PERSONAL				
A. Nombre Completo: <u>López Rosado Luis F</u> <small>Apellido Paterno Apellido Materno Nombre</small>			B. Teléfono: <u>(787) 662-2301</u> <u>(787) 824-3828</u>	C. Celular: <u>ninguno</u>
D. Dirección Residencial y/o Física: <u>Veredas del Rio Apto F-349</u> <u>Carolina P.R.</u>			E. Correo electrónico: <u>lopezrosadadentista@yahoo.co</u>	
G. Dirección Postal: <u>Box 3857 Guaynabo P.R. 00970</u>			F. Num. Licencia Conducir: <u>1515437</u>	
J. Número de Pasaporte o identificación de visado			H. Fecha y lugar de nacimiento:	
K. País de expedición			I. <input type="checkbox"/> Menor de 21 años <input type="checkbox"/> Mayor de 21 años	
L. Relación con la parte adversa: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado(a)				
Fecha del matrimonio: <u>Nov 28 de 1997</u> Lugar <u>San Juan P.R.</u>				
Fecha del divorcio: Tribunal: Número de caso:				
¿Existe orden de pensión alimenticia? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Establecida por <input type="checkbox"/> ASUME <input type="checkbox"/> Tribunal de Menores Bayamón				
Cantidad: \$ <u>400^{xx}</u> <input type="checkbox"/> Semanal <input checked="" type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual				
Fecha de la orden: Num. De caso:				
M. Estado civil actual:				
<input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) con la parte adversa <input checked="" type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Relación consensual				
<input type="checkbox"/> Casado(a) nuevo cónyuge: Nombre del Cónyuge <input type="checkbox"/> Capitulaciones matrimoniales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
N. Grado más alto cursado: <input type="checkbox"/> 0-6 <input type="checkbox"/> 7-9 <input type="checkbox"/> 10-12 <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Bachillerato <input checked="" type="checkbox"/> Maestría o Doctorado				
II. INFORMACIÓN SOBRE HIJOS DEPENDIENTES SUYOS QUE NO VIVEN CON USTED (comience con los menores en este caso)				
Nombre	Fecha de nacimiento (día, mes y año)	Edad	Vive con (Indique el nombre)	¿Hay orden de Pensión? (Indique sí o no)
<u>Luis F. López Salgado</u>	<u>28 / Abril / 1990</u>	<u>20</u>	<u>Miguel Salgado</u>	<u>Sí</u>
III. INFORMACIÓN SOBRE LOS HIJOS QUE VIVEN CON USTED (Incluya los procreados con otras personas)				
Nombre	Fecha de nacimiento (día, mes y año)	Edad		
<u>N/A</u>				

INFORMACIÓN SOBRE OTRAS PERSONAS QUE VIVEN CON USTED (No incluidos en la parte III)						
Nombre completo	Fecha de nacimiento (día, mes y año)	Edad	Relación	Fuente de ingresos	Ingreso mensual	
					Bruto	Neto
NO					\$	\$
					\$	\$
APLICA					\$	\$
					\$	\$
					\$	\$

V. INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA ECONÓMICA: (no incluya cupones de alimentos)

☐ He recibido ☐ Estoy recibiendo ☐ He solicitado asistencia económica al Departamento de la Familia
 fecha en que lo solicito: _____ Bajo que nombre: _____ Cantidad \$ _____

VI. SITUACIÓN ECONÓMICA

A. INGRESOS

1. Indique si está: ☒ Empleado(a) ☐ Desempleado ☐ Licencia

2. Ocupación: Dentista

3. Nombre y dirección física y postal del patrono:

Calle Muñoz Rivera # 17 Años
Solinas P.R. 0073

4. Teléfono del patrono: () 824-3828

5. Nombre del Supervisor(a) inmediato:

Cuenta propia

6. Especifique fuente y cuantía de todos los ingresos de su núcleo familiar que no fueron desglosados en el renglón 3:

N/A
Declarante

☐ Compensación por desempleo.....\$ _____

☐ Cupones de alimentos.....\$ _____

☐ Departamento Familia (AFDC).....\$ _____

☐ Pensiones

☐ Seguro social.....\$ _____

☐ Veteranos.....\$ _____

☐ Fondo del Seguro

del Estado.....\$ _____

☐ Retiro.....\$ _____

☐ Gobierno Federal.....\$ _____

☐ Otras pensiones (especifique)

_____ \$ _____

_____ \$ _____

☐ Otros ingresos (especifique)

_____ \$ _____

7. Frecuencia de pago de su salario:

☒ Semanal ☐ Bisemanal ☐ Quincenal ☐ Mensual

8. Desglose de salario (incluya talonario o certificación patronal)

*** Debe desglosarse en base mensual ***

Declarante [Signature] Conyuge

Salario bruto.....\$ 5,600

Deducciones:

Cont. / ingresos.....\$ 392

Retiro.....\$ _____

Ahorro (AFELA).....\$ _____

Seguro Social /

Medicare.....\$ 649

Plan médico.....\$ _____

Cuota Unión.....\$ _____

Otras.....\$ _____

Salario Neto.....\$ 4,560

Otros ingresos (especifique):

Propinas.....\$ _____

Comisiones.....\$ _____

Bonificaciones.....\$ _____

Horas extras.....\$ _____

Profit Sharing.....\$ _____

Car allowance.....\$ _____

Bono navidad.....\$ _____

Otros.....\$ _____

\$ _____

B. GASTOS MENSUALES (a menos que se indique otra frecuencia)

Gastos Mensuales (Comience aquí)	Familia		Alimentistas		Gastos Mensuales (Continuación)	Familia		Alimentista	
	Mes	Año	Mes	Año		Mes	Año		(Ver página 1)
1. Vivienda	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	14. Seguros	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
<input type="checkbox"/> Alquiler	\$	\$	XXXX	XXXX	<input type="checkbox"/> De vida	\$	\$	XXXX	XXXX
<input type="checkbox"/> Hipoteca	\$982	\$	XXXX	XXXX	<input type="checkbox"/> Hipoteca	\$	\$	XXXX	XXXX
<input type="checkbox"/> Pago de Mantenimiento	\$175	\$	XXXX	XXXX	<input type="checkbox"/> Automóvil	\$	\$	\$	\$
2. Gas	\$300	\$	XXXX	XXXX	<input type="checkbox"/> Otros (especifique)	\$	\$	\$	\$
3. Luz	\$600	\$	XXXX	XXXX	15. Educación	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
4. Agua	\$40	\$	XXXX	XXXX	<input type="checkbox"/> Matrícula	\$	\$	\$	\$
5. Teléfono	\$	\$	\$	XXXX	<input type="checkbox"/> Mensualidades	\$	\$	\$	\$
6. Celular	\$	\$	\$	XXXX	<input type="checkbox"/> Libros	\$	\$	\$	\$
7. Internet	\$50	\$	\$	XXXX	<input type="checkbox"/> Efectos escolares	\$	\$	\$	\$
8. Contribuciones sobre Ingresos	\$	\$	XXXX	XXXX	<input type="checkbox"/> Uniformes	\$	\$	\$	\$
9. Contribuciones sobre la Propiedad (CRIM)	\$	\$	XXXX	XXXX	<input type="checkbox"/> Matrícula Universidad	\$	\$	\$	\$
10. Alimentos	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	<input type="checkbox"/> Hospedaje	\$	\$	\$	\$
<input checked="" type="checkbox"/> En el hogar	\$150	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Actividades Extracurriculares	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Fuera del hogar	\$200	\$	\$	\$	16. Cuido de hijos	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
11. Ropa	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	<input type="checkbox"/> Cuido extendido	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Compra de ropa	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Campamentos	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Tintorería (laundry)	\$100	\$1200	\$	\$	<input type="checkbox"/> Estudios Supervisados	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Lavandería	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Tutorías	\$	\$	\$	\$
12. Entretenimiento	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	<input type="checkbox"/> Transportación	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Televisión por cable	\$50	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Otros	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Satélite	\$	\$	\$	\$	17. Transportación	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
<input type="checkbox"/> Otros entretenimientos	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Préstamo de Automóvil	\$	\$	\$	\$
13. Salud	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	<input type="checkbox"/> Mantenimiento de automóvil	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Visitas al médico	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Estacionamiento	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Seguro médico	\$400	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Transportación Pública	\$	\$	XXXX	XXXX
<input type="checkbox"/> Deducibles	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Papele	\$	\$	XXXX	XXXX
<input type="checkbox"/> Deducibles recurrentes	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Gasolina	\$	\$	XXXX	XXXX
<input type="checkbox"/> Laboratorios	\$	\$	\$	\$	18. Cuotas Profesionales o Uniones	\$800	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Medicinas	\$	\$	\$	\$	19. Barbería / Salón de Belleza	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Dental	\$	\$	\$	\$	20. Otros pagos de pensiones	\$365	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Visual	\$	\$	\$	\$	21. Otros gastos (especifique) <i>Mech</i>	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Emocional	\$	\$	\$	\$	<i>Oprens vs</i>	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Ortopedia	\$	\$	\$	\$	<i>no p2</i>	\$	\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Otros (especifique)	\$600	\$	\$	\$					

5 Gastos de Leeb. Dental y Mech

C. PROPIEDADES**Bienes Muebles:** (incluya valor aproximado)1. Efectivo y cuentas bancarias (de cheque y similares): \$ 5002. Cuentas de ahorro, certificados de depósito e IRA: N/A3. Inversiones (acciones, bonos, etc.): Mediobank 30004. Seguros (Indique su valor en efectivo): N/A5. Vehículos de motor: bote, motoras, motoras acuáticas, etc. (especifique marca, modelo, año, valor actual, número de tablilla y nombre del dueño) Toyota Avelar 1996 → \$ 1,000.00

6. Créditos a su favor (pagares, cuentas por cobrar, etc.; indique nombre y dirección del deudor):

7. Muebles del hogar:

8. Otros bienes muebles con valor individual mayor de \$1,000.00: NO**Bienes Inmuebles:** especifique la naturaleza del inmueble, la dirección y los datos de inscripción en el registro de la Propiedad.Residencia principal Calle El Viento y-18 Colinas del P. GiganteValor 175,000

Otros inmuebles:

VALOR TOTAL DE LAS PROPIEDADES (MUEBLES E INMUEBLES) \$**D. DEUDAS**

Acreedor (persona o entidad a la que le debe)	Tipo o Propósito de la deuda	Fecha en que contrae deuda	Pago mensual	Balance adeudado
<input checked="" type="checkbox"/> Quiebra	N/A	N/A	\$ 700	\$ 51,000
<u>Rent Office</u>			\$ 700	\$ 14,000
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
TOTAL PARA EL PAGO MENSUAL Y EL BALANCE ADEUDADO			\$	\$

VII ANEXOS

Indique los documentos que se acompañan con esta planilla para evidenciar la información que se incluye en la misma.

☒ Documentos relacionados a casos de quiebras☐ Certificado de:☐ Orden del tribunal sobre:☐ Resoluciones del Tribunal sobre:☐ Matrimonio☐ Nacimiento☐ Empleo☐ Otros:☐ Sentencia del Tribunal sobre:☐ Declaraciones Juradas sobre:☐ Contratos☐ Escrituras☐ Talonarios al menos de los últimos seis meses☐ Comprobante de retención sobre Ingresos (W-2)☒ Planilla de Contribución sobre Ingresos

Nota: Si no tiene disponible alguno de los documentos mencionados cuando presente esta planilla en la Secretaría del Tribunal, podrá proveerlo el día de la vista más cercana.

JURAMENTO

Debe ser completado y firmado por el declarante independientemente si este es mayor o menor de edad. Si el declarante es menor de edad, se requiere además, que sea firmado por el padre o madre con patria potestad o tutor legal.

CERTIFICO, bajo juramento o afirmación, y sujeto(a) a las penalidades dispuestas para el delito de perjurio, que he completado esta planilla con la mayor exactitud y corrección posible, sin que haya omitido información pertinente sustancial alguna, y todos los datos ofrecidos en la misma son ciertos.

En San Puerto Rico, a 18 de Enero de 2011.

[Signature]
Declarante

Padre o Madre o Tutor Legal

AFFIDÁVIT NUM. _____

Jurado y suscrito ante mí por Luis Lopez Roca et Identificado
conforme a los medios provistos por ley, específicamente mediante v. 1515737.

En [Signature] de Puerto Rico, a _____ de _____ de _____.

Notario(a) Público

MIGDALIA RIVERA COLÓN
Secretaria Regional, Interina

Secretario(a) del Tribunal

Secretario(a) Auxiliar

CERTIFICO


Caso Núm. _____

Yo, Luis F. López Rodríguez certifico que he leído el presente documento y específicamente lo que comprende el Art. 225 del Código Penal 1974, según enmendado por la Ley 101 de 4 de junio de 1980.

Entiendo las consecuencias de haber incluido información falsa u omitido información en la Planilla de Información Personal y Económica.

Se me ha informado que el Tribunal podría, de entenderlo necesario, referir este caso a la Fiscalía de Bayamón.

En Bayamón, Puerto Rico a 18 de Enero de 2011.


Firma

Veeda del Río 349

Dirección
Casas del Río 00727

Tel. Núm. 562-2301

El Artículo 225 del Código Penal define el delito de perjurio. El mismo dispone textualmente:

Artículo 225:

Toda persona que habiendo jurado testificar, declarar, deponer o certificar la verdad ante cualquier Tribunal, organismo, funcionario o persona competente, en cualesquiera de los casos o procedimientos en que la ley permitiera tomar tal juramento, declare ser cierto cualquier hecho esencial, conociendo su falsedad o declare categóricamente sobre un hecho esencial cuya certeza no le conste, será sancionada con pena de reclusión por un término fijo de seis (6) años. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de diez (10) años; de mediar circunstancias atenuantes, podría ser reducida hasta un mínimo de cuatro (4) años.

También incurrirá en perjurio toda persona que bajo las circunstancias establecidas en el párrafo anterior, prestare dos o más testimonios, declaraciones, deposiciones o certificaciones irreconciliables entre sí. En este caso será innecesario establecer la certeza o falsedad de los hechos envueltos.

Cuando una persona declare incurrir en perjurio y diere declaración tuviere como consecuencia la convicción y reclusión del acusado, establecido este hecho, se considerará como delito agravado de perjurio a los fines de la imposición de la pena, la cual será de reclusión por un término fijo de nueve (9) años. De mediar circunstancias agravantes, podrá ser aumentada hasta un máximo de quince (15) años; de medir circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de seis (6) años-Código Penal, 1974, según enmendado por la Ley 101 de 4 de junio de 1980."

**INFORMACION MINIMA DENTRO DEL CUERPO
DE LA ORDEN DE PENSION ALIMENTARIA**

Parte alimentista

Parte alimentante

Nombre: Migna Selgado Selgado

Nombre: Luis F. López Rosado

Seguro Social: 582-33-1960

Seguro Social: 581-21-8055

Fecha de nac: Mayo 24, 1959

Fecha de Nac: Marzo 16, 1960

Dirección: El Vistal 4-18

Dirección: Venado del Rio

Carolinez Medurp

F-349

Guayama PR 00969

Carolinez PR

Teléfono: 509-6368

Teléfono: 562-230

Nombre y Dirección del Patrono:

Nombre y Dirección del Patrono:

Oficina propia

Teléfono: _____

Teléfono: 824-3828

Plan médico: SSS

Plan médico: SSS

Cubierta: pago directo

Cubierta: pago directo

☒ Básica ☐ Medicina ☐ Plan Dental

☐ Básica ☐ Medicina ☒ PLAN Dental

Nombre y fecha de nac. De los menores:

Nombre y fecha de nac. De los menores:

1. Luis F. López Selgado

Abul 28, 1990

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

14 de enero de 2011

LOPEZ ROSADO, LUIS F
PO BOX 3857
GUAYNABO PR 00970-3857

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Certificamos que el seguro que **LOPEZ ROSADO, LUIS F** mantenía con Triple-S Salud bajo la póliza: **1-03262-002** contrato: **901-56-2830-05** se canceló al **el 1 de enero de 2011**.

Los siguientes dependientes estaban incluidos:

01 LOPEZ SALGADO LUIS F

20 SALGADO OJEDA MIGNA L

Cordialmente,



Oficial de Servicio
111



(787) 774-6060

[English](#) [Inicio](#) [Contáctanos](#) [Directorio Médico](#)

01

Asegurado

Administrador de Grupo

Proveedores de Servicio

Productores

Planes y Productos

Servicios

Tu Salud

Comunidad

Sobre Triple-S

Mi Plan

Mis Programas

Que debo hacer para...

Hazlo tu mismo

Nueva tarjeta de asegurado

Mi Perfil

Evalúa el Riesgo de tu Salud

Búsqueda de Médicos, Dentistas y Proveedores

Cómo reportar situaciones de fraude

Mis Enlaces

Cómo proteger mi información de salud

Preguntas Comunes

Registro de Nuevo Rol

SSS Farmacia

SSS Preventivo

Pagos

Cambiar Contraseña

Cambiar Correo Electrónico

Asegurado Mi Perfil

Balance actual: **\$307.10**

Balance actual puede no reflejar pagos efectuados recientemente.

[Pagar mi factura](#)

Nombre: MIGNA L SALGADO OJEDA
de Contrato: 0012345947239
Seguro Social: *****1960
Cubiertas: BA413 D63 M
Deducibles: Generalist=\$5
 Specialist=\$10
 Sub Specialist=\$15
 Hospital=\$150
 Emergency=\$50
 ER Teleconsulta=\$25
 Laboratory=25%
 Radiology=25%

Dirección Postal: COLINAS METROPOLITANAS
 Y 18 CALLE EL VIGIA
 GUAYNABO, PR 00969

Teléfono Casa: 7274644
Teléfono Celular:
Teléfono Oficina: 5096368

[Cambiar Dirección](#)

E-mail: mignasal@gmail.com
[Cambiar Correo Electrónico](#)

[Desconectar](#)
Vital para Ti

Los peligros de la obesidad

Triple-S Salud

Permítanos Ayudarle

© 2010 Triple-S Salud, Inc.

[Información de Licencias](#)

Servicio al Cliente: (787) 774-6060

Triple-S Salud es un concesionario independiente

[Empleos](#)
[Términos de Uso](#)
[Política de Privacidad](#)
[Requisitos para el uso del portal](#)

Fax: (787) 706-2833
Email: servicioalcliente@ssspr.com
[Centros de Servicio](#)

de la [Blue Cross and Blue Shield Association](#) cuya
área de servicio es Puerto Rico. Triple-S Salud es
una subsidiaria de [Triple-S Management](#)
[Corporation](#).